

*Con lo sguardo
rivolto al futuro*
PROPOSTA DI LEGGE
“181”

Le Parole ritrovate
Roma 3 dicembre 2011





Note introduttive

La legge 180/1978 ha introdotto in Italia una 'rivoluzione' nel campo della salute mentale perché

1. ha sancito la chiusura dei manicomi
2. ha sancito che di norma i trattamenti per malattia mentale sono volontari, limitandone l'obbligatorietà a poche e definite situazioni
3. ha statuito che *'gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri'*

Dal 1978 ad oggi i 2 primi principi 'rivoluzionari' della 180 sono entrati nelle pratiche quotidiane della salute mentale italiana.

Il 1° e più importante, quello della chiusura dei manicomi, è ormai consegnato alla storia.

Il 2°, sui trattamenti sanitari obbligatori, fa ancora oggi molto discutere, secondo noi impropriamente, o comunque in maniera eccessiva.

Il 3°, sulla territorializzazione dell'assistenza psichiatrica, non ha trovato nella legislazione ordinaria e soprattutto nelle pratiche quotidiane, un percorso e un radicamento applicativo adeguato. Di fatto a tutt'oggi *gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri* non sono sufficientemente definiti sotto il profilo del chi fa che cosa dove e quando.

L'unica legge dello stato, dal 1978 a oggi, che si è occupata di normare i principi della 180 è stato il DPR 10.11.1999 Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000".

Un testo sicuramente condivisibile, ma privo per sua propria natura della 'forza' giuridica necessaria.

La maggioranza delle regioni ha emanato leggi, ma evidentemente senza un respiro nazionale e tra loro ovviamente del tutto scollegate

Inoltre è purtroppo sempre mancata a livello ministeriale o di enti collegati una rete che, a maggior ragione in assenza di un impianto legislativo 'forte', tenesse insieme il variegato e diversificato mondo della salute mentale italiana cercando di fornire in pratica dati, buone pratiche, obiettivi, piste di lavoro e indirizzi condivisi.

Da ormai più di 30 anni nel paese si continua a litigare sulla 180, tra chi la considera una legge sbagliata e perciò da cambiare e soprattutto responsabile di tutto quanto non va nella salute mentale italiana e chi la considera un'icona immodificabile.

Basta leggerla per capire che la 180 non è nata per disegnare le cose da fare nel quotidiano della salute mentale. E la potete trovare a conclusione di questo libretto come è stata 'trasferita' nel dicembre 1978 nella Legge 833, la Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

La 180 era e resta fissata a quei 3 principi che abbiamo richiamato all'inizio. Riempire di contenuti quella rivoluzione spettava e spetta ad altri provvedimenti legislativi e a una infinità di atti coerenti e conseguenti affidati alla buona volontà di tanti uomini operanti nelle ASL, nelle amministrazioni, nella politica locale, nella comunità tutta e anche al ruolo attivo dei tanti utenti e familiari in carico ai Dipartimenti di salute mentale italiani a cui troppo poco in questi 30 anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e protagonismo.

Quindi il litigare su 180 sì / 180 no appare mal posto e fuorviante e il movimento di Parole ritrovate se ne chiama assolutamente fuori. Per noi la legge 180 è un atto di grande valore etico e politico a cui dobbiamo la chiusura di luoghi dove centinaia di migliaia di cittadini italiani malati di mente hanno incontrato la violenza della reclusione in assenza di ogni cura degna di questo nome.

Abbiamo perso piuttosto tempo prezioso, sprecato sul brutto altare di dispute ideologiche e di cattivi principi, e che avremmo dovuto dedicare a tradurre in fatti coerenti e conseguenti il 3° principio contenuto nella Legge 180, quello del chi fa che cosa dove e quando, per garantire a tutti i cittadini italiani in tutti i loro luoghi di vita cure appropriate. A partire dal dato vero, ma non sufficiente, che in alcune aree del paese spirito e principi della 180 sono compiutamente realizzati. E dal dato altrettanto vero che in molte parti del paese la qualità dell'assistenza psichiatrica lascia non poco a desiderare.

Quello che appare quindi doveroso è di dare a Cesare quel che è di Cesare, consegnare alle storie i meriti della 180 e preoccuparsi di renderne realmente operativa quella territorializzazione dei servizi che l'articolato della 180, per sua natura di legge quadro e di indirizzo generale, non prevedeva. Perché nessuno oggi vuole seriamente riaprire i vecchi manicomi e nessuno contesta che gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione vadano fatti sul territorio.

La discussione, giustamente, si deve concentrare sul chi deve fare che cosa dove e quando, per uscire dalla palude di inutili dispute del tutto ideologiche e soprattutto da una Italia dove le risposte delle istituzioni deputate sono del tutto diverse a seconda dei luoghi, delle buone o cattive volontà di singoli responsabili di servizi, di politici locali e quant'altro.

Rimane il capitolo sui TSO che è ancora parte del dibattito attuale sulla 180 ma che può verosimilmente trovare una sua composizione in un quadro complessivo di più ampio e meditato respiro.

Negli ultimi 20 anni sono stati presentati in Parlamento numerosi disegni di legge volti a "modificare-ritoccare" la 180 ma sono tutti in larga misura, e in molti casi in via esclusiva, concentrati sull'obiettivo di prolungare nel tempo i TSO. Sicuramente riteniamo si possa discutere di TSO, ma non pensiamo in alcun modo che questo rappresenti il tema centrale della discussione né che da sue proroghe ad infinitum possano emergere le soluzioni ai mali della salute mentale italiana.

Una legge che voglia garantire equità e appropriatezza di trattamenti a tutti i cittadini italiani dovrebbe porsi, a nostro avviso, 4 obiettivi fondamentali

1. essere in continuità con lo spirito e i principi che hanno animato la 180, e riprendere la sostanza del DPR Progetto obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000
2. declinare al meglio il cosa dove come quando e perché per garantire uniformità di prestazioni e di diritti ai cittadini italiani tutti
3. garantire il massimo di coinvolgimento possibile di utenti e familiari nei percorsi di cura valorizzandone al meglio il sapere esperienziale
4. garantire nelle prestazioni una attenzione continua ai processi di qualità variamente intesi

Su queste basi la nostra proposta di Legge 181 ! E il titolo individua con chiarezza la strada che vogliamo percorrere. Continuità con i principi della 180, capacità di esserne figlia in termini di dettati operativi.

La nostra 181 prevede un articolato che definisce la cornice organizzativa e di metodo e le aree prioritarie in cui garantire gli interventi nel percorso di cura

Cornice organizzativa e di metodo

Richiami e obiettivi

Il Dipartimento di salute mentale (DSM)

La consulta della salute mentale

Il personale

La copertura finanziaria

La produzione e la coproduzione delle prestazioni

Le attività di coinvolgimento e di rete con il territorio

Le azioni di contrasto allo stigma e ai pregiudizi

La condivisione del percorso di cura

Il valore del sapere esperienziale

La qualità totale

La formazione e l'aggiornamento

Aree prioritarie di intervento

Centro di salute mentale articolato in

- Prima accoglienza
- Attenzione alle famiglie
- Risposta alla crisi
- Presa in carico nel tempo e referente unico
- Situazioni complesse e multiproblematiche
- Adolescenza

Centro Diurno e Day Hospital

Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura

Attività di condivisione strutturata del percorso di cura

Attività finalizzate a rispondere al bisogno dell'abitazione

Attività finalizzate a rispondere al bisogno del lavoro
Attività finalizzate a rispondere al bisogno della socialità

Leggendo l'articolato si coglie facilmente che la 181 vuole essere una legge pignola e puntuale. Perché tutti facciano la loro parte senza scuse o equivoci.

Concludendo preme rimarcare che la cultura e la pratica del movimento de Le Parole ritrovate non è quella delle dispute ideologiche o dell'aspettare dagli altri le soluzioni.

La nostra cultura parte dal valore del fareassieme, nella valorizzazione del sapere esperienziale di operatori utenti e familiari, nel convincimento che tutti siamo portatori di risorse e che il principio della responsabilità personale ci tocca indistintamente tutti.

Per questo siamo qui, come in ogni altro luogo dove ci capita di incontrarci o di confrontarci con altre realtà della salute mentale, anzitutto per dare testimonianza di quanto facciamo e per metterlo a disposizione di quanti hanno interesse a conoscerlo e a sfruttarne tutte le potenzialità e le pratiche già consolidate.

Sono molte oggi le realtà in Italia dove il fareassieme si sta radicando e prestigiosi i riconoscimenti ricevuti in Italia e all'estero. Agenas, ad esempio, ha premiato negli UFE (Utenti Familiari Esperti) l'esempio più importante del fareassieme come migliore pratica di empowerment organizzativo. La Cina sta utilizzando il modello del fareassieme come possibile pista di lavoro per uscire dal mondo del manicomi. L'Azienda sanitaria di Jonkoping, leader nel mondo in tema di qualità totale ha acquistato il fareassieme come modello paradigmatico per fare qualità e dare centralità reale all'utente e alla sua famiglia nel percorso di cura. E altri lo stanno facendo, a partire da prestigiose realtà americane dove il fareassieme è stato nel settembre scorso a fare scuola !

Fareassieme è il nostro principio, sempre, con tutti ! E perciò anche sul percorso di questa proposta di legge.

Fatevi vivi !

www.leparoleritrovate.com
leparoleritrovate@apss.tn.it

PROPOSTA di LEGGE 181

Tutela della salute mentale

Tutela della salute mentale

Art. 1 - *Oggetto e finalità*

Art. 2 - *Dipartimento di salute mentale*

Art. 3 - *Consulta della salute mentale*

Art. 4 - *Il personale*

Art. 5 - *Finanziamento*

Art. 6 - *Produzione e coproduzione delle prestazioni*

Art. 7 - *Attività di coinvolgimento e di rete con il territorio*

Art. 8 - *Azioni di contrasto allo stigma e al pregiudizio*

Art. 9 - *Condivisione del percorso di cura*

Art. 10 - *Sapere esperienziale*

Art. 11 - *Qualità totale*

Art. 12 - *Formazione*

Art. 13 - *Centro di salute mentale*

Art. 14 - *Articolazione accoglienza*

Art. 15 - *Articolazione famiglie*

Art. 16 - *Articolazione risposta alla crisi*

Art. 17 - *Articolazione presa in carico del tempo e referente unico*

Art. 18 - *Articolazione situazioni complesse e multiproblematiche*

Art. 19 - *Articolazione adolescenza*

Art. 20 - *Centro diurno-day hospital*

Art. 21 - *Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura*

Art. 22 - *Risposta al bisogno di abitazione*

Art. 23 - *Risposta al bisogno di lavoro*

Art. 24 - *Risposta al bisogno di socialità*

Capo I

Tutela della salute mentale

Art. 1

Oggetto e finalità

1. Questa legge detta principi fondamentali e livelli essenziali di assistenza in materia di tutela della salute mentale, in connessione con i principi della normativa sul servizio sanitario nazionale e con i contenuti della programmazione sanitaria.

2. Questa legge ha il fine di:

- a) definire le prestazioni e gli interventi, stabilendone il contenuto, le modalità e le relative competenze, per garantire uniformità di prestazioni e di diritti;
- b) garantire il massimo coinvolgimento possibile di utenti e familiari nei percorsi di cura, valorizzandone il sapere esperienziale;
- c) garantire nelle prestazioni un'attenzione continua ai processi di qualità.

Art. 2

Dipartimento di salute mentale

1. Il dipartimento di salute mentale, quale unità organizzativa fondamentale con propria disponibilità finanziaria, è istituito presso ogni azienda sanitaria locale e assicura direttamente o indirettamente tutti i trattamenti alle persone dimoranti nel suo territorio di competenza che hanno sedici anni o più. Coordina e monitora l'effettuazione di questi trattamenti.

2. Il dipartimento di salute mentale è strutturato nelle seguenti aree di attività e di interesse:

- a) coinvolgimento e rete con il territorio;
- b) contrasto allo stigma e al pregiudizio;
- c) condivisione del percorso di cura;
- d) sapere esperienziale;
- e) qualità totale;
- f) formazione.
- g) centro di salute mentale, suddiviso nelle seguenti articolazioni:
 - 1) accoglienza;
 - 3) famiglie;
 - 2) risposta alla crisi;
 - 4) presa in carico nel tempo;
 - 5) situazioni complesse e multiproblematiche;
 - 6) adolescenza;
- h) centro diurno-day hospital;
- i) servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura;
- j) risposta al bisogno di abitazione;
- k) risposta al bisogno di lavoro;
- l) risposta al bisogno di socialità;

3. Le attività di ogni area e delle articolazioni del centro di salute mentale sono coordinate da un responsabile, che ha a disposizione personale specificamente addetto. I responsabili di ogni area e di ogni articolazione del centro di salute mentale e un numero almeno pari di rappresentanti dei portatori di interesse formano il comitato di dipartimento, che ne governa l'attività.

Art. 3

Consulta della salute mentale

1. La consulta della salute mentale, istituita presso ogni azienda sanitaria locale, è formata da:

- a) cinque componenti scelti fra i responsabili d'area del dipartimento di salute mentale;
- b) cinque componenti designati dagli enti pubblici che si occupano o sono coinvolti in problemi di salute mentale;
- c) cinque componenti designati dalle associazioni che si occupano o sono coinvolti in problemi di salute mentale.

2. La consulta orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale del proprio territorio di riferimento.

Art. 4 *Personale*

1. Il dipartimento di salute mentale è dotato di personale dei seguenti profili professionali, quantomeno: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e di personale amministrativo.

2. La dotazione complessiva di personale, comprensiva dei dipendenti da cooperative e associazioni terze che svolgono attività rientranti a pieno titolo nelle aree di attività indicate nell'articolo 2, è di almeno un'unità a tempo pieno ogni 1400 residenti nel territorio di riferimento. Questa dotazione, ove non già esistente, è raggiunta entro due anni dall'entrata in vigore di questa legge. All'interno del dipartimento di salute mentale operano anche utenti e familiari esperti di cui all'articolo 10, in numero non inferiore a un'unità a tempo pieno ogni ventimila residenti.

Art. 5 *Finanziamento*

1. Una quota non inferiore al 6 per cento delle uscite previste dal bilancio di esercizio di ogni azienda sanitaria locale è dedicata a coprire i costi diretti e indiretti derivanti dal funzionamento del dipartimento di salute mentale. Le uscite del dipartimento di salute mentale sono attribuite in maniera equilibrata alle sue aree di attività, in conformità con gli indirizzi regionali e sentito il comitato di dipartimento e la consulta di salute mentale.

Art. 6 *Produzione e coproduzione delle prestazioni*

1. Le prestazioni previste da questa legge sono prodotte direttamente, coprodotte o, se prodotte da soggetti terzi, monitorate dal dipartimento di salute mentale, che rilascia una certificazione sulla loro qualità.

2. Il dipartimento di salute mentale privilegia le prestazioni coprodotte rispetto a quelle esternalizzate. Privilegia, in particolare, le coproduzioni che prevedono l'impiego di utenti e familiari esperti o delle loro associazioni rappresentative.

Art. 7 *Attività di coinvolgimento e di rete con il territorio*

1. In base al principio di sussidiarietà il dipartimento di salute mentale persegue routinariamente il coinvolgimento di tutte le persone e gli organismi che si occupano o sono coinvolti in problemi di salute mentale, fra cui, in particolare, i servizi socio-sanitari, gli enti locali e le scuole, il terzo settore, le associazioni di volontariato e più in generale le rappresentanze significative dei mondi sociali e culturali.

Art. 8

Azioni di contrasto allo stigma e al pregiudizio

1. In sinergia con tutte le persone e gli organismi che si occupano o sono coinvolti in problemi di salute mentale, fra cui, in particolare, i servizi socio-sanitari, gli enti locali e le scuole e gli enti di cui all'art. 7, il dipartimento di salute mentale realizza iniziative di contrasto allo stigma e al pregiudizio, con interesse prioritario per il mondo della scuola.

Art. 9

Condivisione del percorso di cura

1. Ogni utente alto utilizzatore, secondo i criteri stabiliti dalla consulta della salute mentale, è invitato a sottoscrivere un percorso di cura condiviso. Il percorso di cura si esprime in un documento condiviso, che si basa sulla negoziazione tra operatori, utenti e familiari nelle fasi del percorso di cura, in modo da renderlo il più trasparente possibile, da verificarne nel tempo il grado di condivisione, da migliorare il clima generale dei rapporti tra operatori, utenti e familiari, da migliorare l'adesione dell'utente e della sua famiglia ai trattamenti.

2. Ogni percorso di cura mette in campo una squadra di trattamento composta dall'utente, dai suoi familiari e dagli operatori di riferimento. La squadra è accompagnata nel percorso da un garante esterno, scelto in modo da garantirne la terzietà. Il percorso prevede dei documenti discussi e sottoscritti dai componenti della squadra, che riguardano almeno la relazione, il progetto, i farmaci, i segni precoci di crisi, i desideri in caso di crisi, aree vitali quali l'abitare, il lavoro, la socialità.

Art. 10

Sapere esperienziale

1. Il dipartimento di salute mentale, anche in collaborazione con le associazioni rappresentative di utenti e familiari e d'intesa con la consulta della salute mentale, recluta utenti e familiari esperti nella quantità stabilita ai sensi dell'articolo 6. Sono utenti e familiari esperti coloro che hanno maturato consapevolezza della propria esperienza nella malattia e sono disponibili e motivati a erogare prestazioni riconosciute e monetizzate, a partire dal proprio sapere esperienziale, in tutte le aree di attività del dipartimento. Il responsabile di quest'area è individuato tra gli utenti e familiari esperti.
2. Gli utenti e familiari di cui al comma 1 finalizzano la propria attività nel fornire a utenti e familiari in carico al dipartimento testimonianza del proprio percorso di cura e nell'accrescere fiducia e speranza e adesione ai trattamenti proposti.

Art. 11
Qualità totale

1. Il dipartimento di salute mentale garantisce con continuità nel tempo l'attuazione di un approccio complessivo e integrato volto al miglioramento continuo della qualità, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, sicure e centrate sull'utente, che assicurino i più elevati standard di qualità per tutti gli utenti, in qualsiasi momento assistenziale e per ciascuna prestazione erogata. A tal fine il dipartimento implementa:

- a) linee guida fondate su prove di efficacia,
- b) audit clinico;
- c) percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
- d) programmi di accreditamento professionale;
- e) valutazioni della tecnologia sanitaria;
- f) progetti di ricerca applicata.

2. Il sistema di gestione dei processi del dipartimento di salute mentale è informato ai principi della qualità totale. Promuove lo sviluppo della dimensione professionale, organizzativa e relazionale e assume come riferimento centrale di qualsiasi percorso di cambiamento l'esteso e profondo coinvolgimento delle persone e la creazione di valore per tutti gli interessati.

Art. 12
Formazione

1. Agli operatori del dipartimento di salute mentale, a tutti gli utenti e ai loro familiari è garantita, oltre a quanto già previsto dalle normative vigenti, un'offerta informativa, formativa e di sensibilizzazione correlata a quanto previsto dagli articoli 10 e 11 e ai contenuti di questa legge, in ragione di almeno quaranta ore all'anno.

Art. 13
Centro di salute mentale

1. Il centro di salute mentale, nell'ambito delle sue funzioni, è sovraordinato alle aree di attività del dipartimento di salute mentale. Le attività delle sue articolazioni, individuate dall'articolo 2, comma 2, lettera g), sono coordinate da uno o più responsabili, che hanno a disposizione personale specificamente addetto a ogni articolazione.
2. Il centro di salute mentale serve un bacino di utenza non superiore ai 200.000 abitanti nelle aree urbane, e non superiore ai 100.000 abitanti nelle aree a bassa densità abitativa.

Art. 14

Articolazione accoglienza

1. L'articolazione accoglienza del centro di salute mentale garantisce che in tutti i punti di contatto per gli utenti, per i loro familiari e per gli interessati vi sia un'attenzione specifica a garantire un'accoglienza pronta e attenta, centrata su ascolto, fiducia, cortesia, rispetto.

Art. 15

Articolazione famiglie

1. L'articolazione famiglie del centro di salute mentale garantisce che alla famiglie siano offerti, oltre all'accoglienza e all'ascolto nel merito della singola situazione, cicli d'incontri per informare sulle offerte del dipartimento di salute mentale, sportelli dedicati per proposte e reclami, gruppi di autoaiuto.

Art. 16

Articolazione risposta alla crisi

1. L'articolazione risposta alla crisi del centro di salute mentale garantisce risposte organizzate per almeno dodici ore ogni giorno alla settimana. L'articolazione stabilisce un primo contatto con la persona in crisi; entro il giorno successivo alla presentazione della richiesta individua un percorso d'intervento. L'articolazione cerca di coinvolgere attivamente l'utente, i suoi familiari, il medico di medicina generale, gli altri soggetti interessati. In mancanza di disponibilità dell'utente gli operatori dell'articolazione devono comunque accertarne le condizioni, utilizzando ogni possibile canale diretto o indiretto di conoscenza e di contatto con l'utente, compreso il recarsi al suo domicilio. Se non rilevano necessità improcrastinabili d'intervento gli operatori lo certificano. In caso contrario, e esperito ogni altro possibile percorso, si possono avvalere, a fronte di situazioni coerenti con le normative vigenti e che evidenziano situazioni di potenziale importanza e gravità, dello strumento dell'accertamento sanitario obbligatorio.

2. Tutte le volte che si verifica una situazione di crisi, urgenza o emergenza l'articolazione attiva procedure e linee guida, compilando giornalmente documenti dedicati per accompagnarne al meglio l'evoluzione. Negli orari di chiusura del centro la risposta alla crisi, urgenza o emergenza è data da personale medico e infermieristico del dipartimento di salute mentale presente in servizio attivo o in pronta disponibilità e collegato funzionalmente al dipartimento di emergenza dell'ospedale generale di riferimento.

Art. 17

Articolazione presa in carico nel tempo e referente unico

1. L'articolazione presa in carico nel tempo del centro di salute mentale garantisce a ogni utente uno o più referenti stabili, che ne seguono direttamente il

percorso di cura a livello ambulatoriale e domiciliare. I referenti restano gli stessi tutte le volte che l'utente viene preso in carico da altre aree di attività del dipartimento di salute mentale come precisato ai commi 3 e 4 del presente articolo.

2. Nei casi a maggiore complessità, ivi compresi quelli di cui all'art. 18, viene attivata la figura del case manager che ha il compito di garantire l'appropriatezza del percorso di cura e l'integrazione corretta di tutte le risposte poste in essere.

3. A ogni utente del dipartimento di salute mentale è assegnato dal responsabile dell'articolazione 'presa in carico del tempo' un referente unico, di concerto con l'utente stesso. L'utente ha diritto di ottenere un referente unico diverso da quello assegnatogli.

4. Il referente unico è il garante della continuità terapeutica interna alle varie aree del dipartimento di salute mentale ed è l'interlocutore istituzionale primo per l'utente, i suoi familiari e altri soggetti eventualmente delegati dall'utente o interessati.

Art. 18

Articolazione situazioni complesse e multiproblematiche

1. L'articolazione situazioni complesse e multiproblematiche del centro di salute mentale attiva procedure e linee guida, compilando periodicamente documenti dedicati per accompagnarne al meglio l'evoluzione.

2. Le situazioni complesse sono rappresentate in particolare da esordi, rifiuto delle cure, difficoltà di presa in carico, persi di vista.

3. Le situazioni multiproblematiche sono quelle in cui la persona, oltre a un disturbo psichico, presenta problematiche legate a consumo di sostanze, o problemi sociali gravi, o deficit cognitivi importanti. In queste situazioni si attiva un'unità di cogestione di cui fanno parte anche operatori degli altri servizi chiamati in causa.

4. La gestione è affidata agli operatori dell'articolazione di cui all'art. 17

Art. 19

Articolazione adolescenza

1. L'articolazione adolescenza del centro di salute mentale organizza attività di prevenzione e cura rivolte all'adolescenza, con particolare riguardo alla fascia di età fra quattordici e venti anni. Coopera stabilmente con i servizi di neuropsichiatria infantile e di psicologia clinica, i servizi socio-sanitari e con le istituzioni pubbliche e private che si occupano di adolescenti. Si avvale stabilmente delle aree di attività del dipartimento di salute mentale per gli interventi di loro competenza.

Art. 20

Centro diurno-day hospital

1. Le aziende sanitarie locali istituiscono, nell'ambito del dipartimento di salute mentale, centri diurni-day hospital, tenendo conto del numero di abitanti dell'area servita e della loro dispersione geografica in analogia con quanto disposto per il centro di salute mentale all'art 13. Il centro diurno esercita funzioni di accoglienza diurna per progetti riabilitativi e risocializzanti di breve e medio periodo, per attività di gruppo aperte anche a partecipazioni esterne al dipartimento di salute mentale. Il day hospital garantisce interventi di cura e di contenimento della crisi, anche in alternativa ai ricoveri ospedalieri.

2. Il Centro diurno-day hospital ha sede extraospedaliera ed è aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

Art. 21

Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura

1. L'area del servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura ospita in regime di trattamento volontario le situazioni di crisi che non trovano risposta nelle aree di competenza territoriale. Ospita in regime di trattamento obbligatorio le situazioni di crisi che comportano ricovero ai sensi della normativa vigente. Non prevede al suo interno interventi di costrizione fisica dei degenti. Opera in stretto collegamento con l'area di risposta alla crisi, disciplinata dall'articolo 16.

Art. 22

Risposta al bisogno di abitazione

1. Il dipartimento di salute mentale dispone di strutture residenziali diversificate in gestione diretta o in cogestione paritaria con altri soggetti accreditati. Sono previste e presenti strutture con livelli diversi di protezione, da 2 a 24 ore / die, e con un numero di posti letti per struttura non superiore a 15. Complessivamente la dotazione di posti letti non è inferiore a 2 e non è superiore a 4 per 10.000 abitanti. Il dipartimento può avvalersi di posti letto in convenzione in strutture private o di privato sociale accreditate in un numero comunque inferiore a quelle a gestione diretta o in cogestione e all'interno di un numero massimo che non può comunque superare i 4 posti letto per 10.000 abitanti. La permanenza in tali strutture è a termine e non possono mai diventare la residenza di vita dell'utente. All'interno delle strutture sono garantite attività individuali e gruppali di condivisione e di socializzazione. Il dipartimento è particolarmente impegnato a promuovere e attivare soluzioni abitative in assenza di protezione strutturata di operatori o comunque inferiore a 2 ore / die che valorizzino il più possibile le risorse degli interessati e le reti sociali di riferimento.

2. L'area della risposta al bisogno di abitazione si avvale di uno o più

operatori dedicati, in ragione di almeno 1 ogni 50.000 abitanti, che fungono da unità valutativa per individuare assieme all'utente, ai suoi familiari, agli operatori di riferimento e agli eventuali interessati la soluzione abitativa, alternativa al precedente domicilio, più confacente rispetto al bisogno. La soluzione individuata non dipende in maniera prevalente dalla correlazione tra gravità clinica e livello di protezione. Gli operatori dell'area individuano soluzioni abitative che valorizzino il più possibile risorse e responsabilità dei diretti interessati, quali le convivenze tra utenti, gli appartamenti a bassa protezione, gli affidi eterofamiliari e simili. L'area collabora attivamente con quanti esercitano attività in materia, a livello pubblico e privato.

Art. 23

Risposta al bisogno di lavoro

1. L'area della risposta al bisogno di lavoro si avvale di uno o più operatori dedicati, in ragione di almeno 1 ogni 50.000 abitanti, che fungono da unità valutativa per individuare assieme all'utente, ai suoi familiari, agli operatori di riferimento e agli eventuali interessati la soluzione d'inserimento lavorativo più confacente rispetto al bisogno. La soluzione individuata non dipende in maniera prevalente dalla correlazione tra gravità clinica e livello d'inserimento protetto. Gli operatori dell'area individuano soluzioni d'inserimento lavorativo che valorizzino il più possibile risorse e responsabilità dei diretti interessati, come le borse o i tirocini lavoro in contesti lavorativi normali, le squadre di lavoro finalizzate a produrre beni e servizi e simili. L'area collabora attivamente con quanti esercitano attività in materia, a livello pubblico e privato e può favorire la nascita di attività lavorative anche interne al dipartimento purché siano finalizzate alla produzione di beni e/o servizi destinati al libero mercato.

Art. 24

Risposta al bisogno di socialità

1. L'area della risposta al bisogno di socialità si avvale di uno o più operatori dedicati, che fungono da unità valutativa per individuare assieme all'utente, ai suoi familiari, agli operatori di riferimento e agli eventuali interessati le occasioni di socialità più confacenti rispetto al bisogno. Gli operatori dell'area individuano soluzioni d'inserimento sociale che valorizzino il più possibile risorse e responsabilità degli utenti. L'area collabora attivamente con quanti esercitano attività in materia, a livello pubblico e privato.

La Legge 180 come recepita dalla Legge 833 del 1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" (articoli 33, 34, 35 e 64)

Art. 33

(NORME PER GLI ACCERTAMENTI ED I TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI ED OBBLIGATORI)

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 34

(ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE)

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35

(PROCEDIMENTO RELATIVO AGLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER MALATTIA MENTALE E TUTELA GIURISDIZIONALE)

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonchè al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare. Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare. Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

TITOLO III NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64

(NORME TRANSITORIE PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA)

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuro-psichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980.

Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgano esclusivamente attività psichiatrica.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.

La regione disciplina altresì, con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonchè la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.

La regione, a partire dal 1° gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'articolo 35, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'articolo 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione dei provvedimenti delegati di cui all'articolo 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima della entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, numero 616, sono compresi gli infermieri di cui all'articolo 24 del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera q) dell'articolo 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

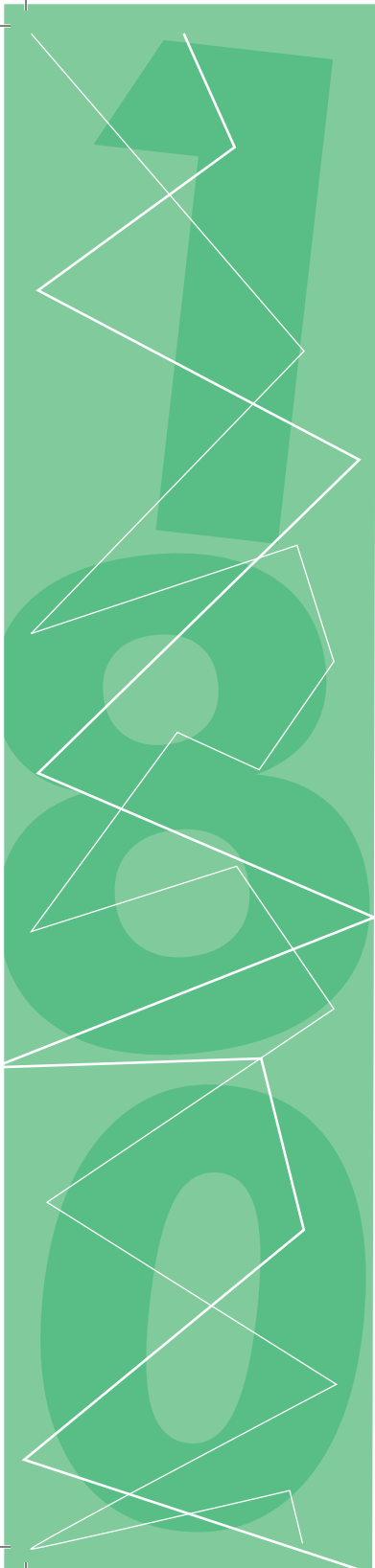
Restano in vigore le norme di cui all'articolo 7, ultimo comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Tratto da: Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 360 del 28 dicembre 1978

Sono state evidenziate in neretto le poche righe dedicate alla territorializzazione dei servizi di salute mentale ! Un po' poco se ci si aspetta da loro che garantiscano il chi fa che cosa dove e quando !

Testi curati da Renzo De Stefani e discussi e condivisi in alcune riunioni di coordinamento de Le Parole ritrovate del 2010/2011





www.leparoleritrovate.com
leparoleritrovate@apss.tn.it

